

# Reducción de los tiempos de espera mediante técnicas de garantía de la calidad en La Troncal, Ecuador<sup>1</sup>

— Jorge Hermida,<sup>2</sup> Carmen Laspina<sup>2</sup> y Franklin Idrovo<sup>3</sup> —

*La existencia de largos tiempos de espera es un problema común en hospitales y centros de salud urbanos en el Ecuador. No solo es una de las principales razones por las cuales el paciente queda insatisfecho con la calidad de los servicios de salud, sino que a menudo se relaciona con contactos cortos entre médico y paciente y estos pueden, a su vez, reducir seriamente la calidad técnica de la atención.*

*Este artículo describe una iniciativa dirigida a mejorar la calidad, que fue ideada por el personal del centro de salud de La Troncal, Ecuador, con la asistencia de un proyecto de garantía de la calidad de la University Research Corporation y del Ministerio de Salud del Ecuador. El proyecto consistió en la recolección y análisis de datos sobre los tiempos de espera de los pacientes y en el diseño de soluciones que posteriormente se pusieron en marcha mediante técnicas de garantía de la calidad. Como resultado del proyecto, el tiempo de espera promedio de los pacientes se redujo de 116 a 66 minutos por visita, y el tiempo de contacto entre los pacientes y los miembros del personal del centro aumentó de 11 a 16 minutos. Los métodos y técnicas desarrollados en este estudio son de posible utilidad en otros lugares, ya que pueden ser aplicados fácilmente por el personal de salud a un costo relativamente bajo.*

Las actividades que se describen en este artículo se llevaron a cabo en el Ecuador como parte de un proyecto piloto de demostración dirigido a mejorar el control del cólera y de la diarrea aguda mediante técnicas de garantía de la calidad. Es característica esencial de los métodos de garantía de la calidad que el equipo de salud sea quien identifique, analice y solucione sus propios problemas (1). En el proyecto piloto se utilizaron instrumentos y métodos que se consideraron factibles y apropiados a la luz de los recursos disponibles en la mayor parte de los países en desarrollo. Este artículo

describe las actividades de un equipo de salud local que quería reducir los largos tiempos de espera de los pacientes, problema que se ha citado como uno de los que con más frecuencia contribuyen a que el paciente no quede satisfecho con la calidad del servicio de salud (2). Los métodos empleados para resolver problemas en este proyecto ofrecen una importante alternativa para mejorar la atención de la salud (3).

El centro de salud de La Troncal, instalación dirigida por el Ministerio de Salud del Ecuador, está en una zona relativamente pobre del país que se sitúa en la costa del Pacífico. Es el centro sanitario más grande del Área de Salud 5 de la Provincia de Canar, donde hay 13 puestos de salud equipados con un médico y un auxiliar de enfermería. Quince miembros del personal, entre ellos cuatro médicos, trabajan en el centro de La Troncal, que es frecuentado por un promedio de 100 pacientes diarios.

Como parte de una iniciativa dirigida a garantizar la calidad, a comienzos de

<sup>1</sup> Se publica en inglés en el *Bulletin of the Pan American Health Organization*, Vol. 30, No. 2, 1996, con el título "Reducing patient waiting times through quality assurance methods in La Troncal, Ecuador".

<sup>2</sup> University Research Corporation, Center for Human Services, Bethesda, Maryland, Estados Unidos de América. Dirección postal: 7200 Wisconsin Avenue, Suite 600, Bethesda MD 20814-4820, EUA.

<sup>3</sup> Ministerio de Salud, División Maternoinfantil, Quito, Ecuador.

1994 se realizó en los centros del Área de Salud 5 una evaluación participatoria de la calidad de la atención prestada a los pacientes con cólera y diarrea aguda y se organizó un taller con el propósito de identificar y analizar problemas. En este taller, los miembros del personal del centro de salud de La Troncal decidieron analizar más a fondo los largos tiempos de espera, que parecían constituir uno de los principales problemas del centro. Más concretamente, el personal del centro de salud había indicado que los pacientes esperaban mucho tiempo antes de ser examinados por el médico, a pesar de que los médicos no siempre estaban sobrecargados de trabajo. Según indicaron estos, la mayoría de los pacientes pedían que se les recibiera entre las 9.00 y 11.00 horas, lo cual los obligaba a examinarlos demasiado rápido a expensas de la calidad de la atención.

Partiendo de esta información, se diseñó una iniciativa para mejorar la calidad con los siguientes fines:

- Medir y analizar las causas de los largos tiempos de espera de los pacientes en el centro de salud de La Troncal.
- Integrar los esfuerzos del personal del centro de salud por identificar y resolver los problemas relacionados con el tiempo de espera.
- Supervisar la puesta en marcha y efectividad de las medidas adoptadas.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### Medición de los tiempos de espera

Como medida inicial se diseñó y puso a prueba un formulario de recolección de datos (figura 1) que acompañó al paciente a lo largo de toda su visita, de modo que cada proveedor pudiera anotar la hora en que se inició y finalizó cada servicio. La oficinista del archivo, la enfermera, el dentista, el médico y el farmacéutico anotaron el tiempo que dedicaron a cada paciente. Una vez terminada su visita, cada paciente entregó el

formulario relleno al salir de la clínica. La recolección de datos se llevó a cabo por espacio de un día, desde las 6.00 horas aproximadamente, cuando los pacientes comenzaban a reunirse fuera de la clínica para esperar que abriera, hasta las 16.00 horas, cuando la clínica cerraba.

Los datos del estudio se procesaron en microcomputadora con el paquete estadístico EPIINFO. Como las oficinas provinciales del Ministerio de Salud del Ecuador están equipadas con microcomputadoras, y en vista de que la mayor parte de los hospitales y centros de salud se sitúan a una o 2 horas de estas oficinas, se decidió que era factible y eficiente procesar los datos en microcomputadora, tanto para los fines de este estudio como para los de cualquier futura reproducción del mismo en otras partes del país.

Los datos recogidos fueron los siguientes:

- Tiempo total que pasó en el centro de salud el paciente promedio.
- Tiempo total que tuvo que esperar el paciente promedio.
- Tiempo que tuvo que esperar el paciente promedio en cada etapa de su recorrido por el centro de salud.
- Tiempo que el paciente promedio tuvo que esperar para recibir cierto tipo de servicio en particular (vacunación, servicios dentales o ginecológicos, visita médica).
- Tiempo total que el paciente promedio estuvo en contacto con el personal del centro de salud.
- Tiempo que el paciente promedio estuvo en contacto con miembros particulares del equipo de salud.

### Identificación de cuellos de botella y de otros problemas

El equipo administrativo del centro presentó los resultados del estudio a todo el personal (15 personas) en una reunión que duró 4 horas. Para la presentación se elaboró un árbol de decisión con las diferentes

**FIGURA 1. Formulario de recolección de datos que se utilizó para medir los tiempos de espera**

Número del paciente \_\_\_\_\_ ¿Primera visita? Sí \_\_\_ No \_\_\_

Hora de llegada del paciente: Hora. \_\_\_ Minutos: \_\_\_

Tipo de visita

- a. Consulta médica por enfermedad \_\_\_
- b. Vacunación \_\_\_
- c. Control del embarazo \_\_\_
- d. Control del crecimiento infantil \_\_\_
- e. Certificación médica \_\_\_
- f. Planificación familiar \_\_\_
- g. Consulta al dentista \_\_\_

Contactos del paciente	Comienzo		Fin		Minutos en total
	Hora	Minutos	Hora	Minutos	
a. Oficinista del archivo	___	___	___	___	___
b. Enfermera	___	___	___	___	___
c. Dentista	___	___	___	___	___
d. Médico	___	___	___	___	___

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

etapas por las que pasa un paciente durante su visita (figura 2) y con este instrumento los participantes identificaron los distintos pasos del proceso y vieron cuánto tiempo necesitaba un paciente promedio para completar cada paso.

A raíz de esta presentación se formaron tres grupos cuyos objetivos fueron identificar los principales cuellos de botella que prolongaban los tiempos de espera y analizar las causas fundamentales de cada uno. Se utilizaron para ello métodos de garantía de calidad, tales como prospección de ideas, grupos nominales y diagramas en espina de pescado (*fish bone diagrams*). Posteriormente cada grupo presentó sus conclusiones en una sesión conjunta durante la cual se sostuvo una discusión general.

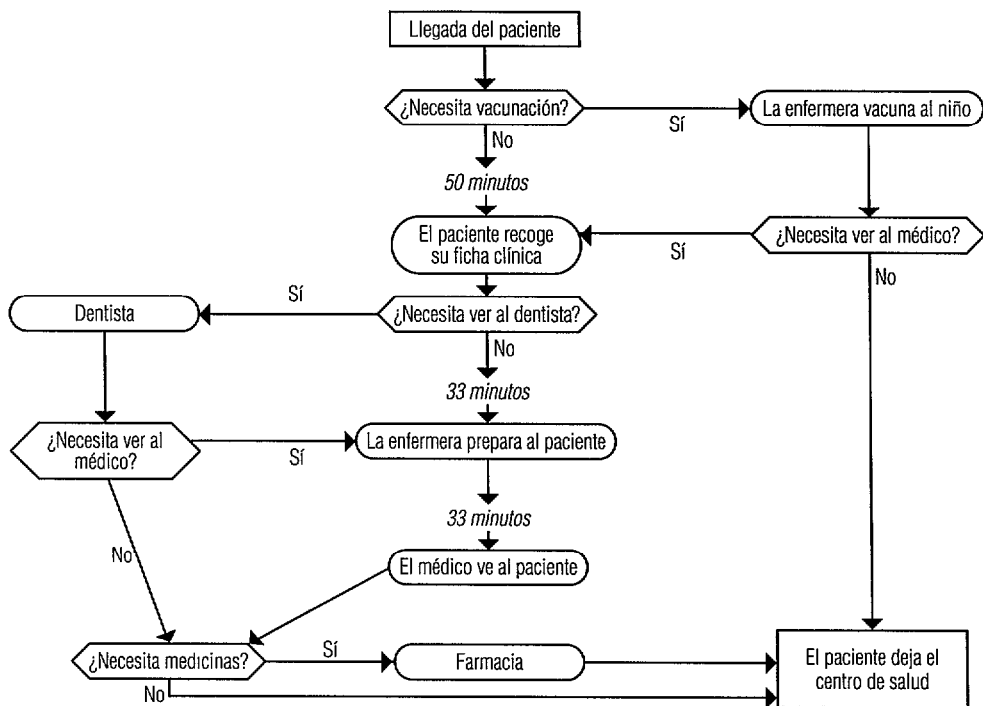
Como se muestra en la figura 3, el tiempo de espera más largo fue inmediatamente después de la llegada del paciente, cuando la oficinista del archivo tenía que encontrar la ficha clínica y entregarla al pa-

ciente para que este la llevara consigo durante todas las etapas de su visita. En esta fase el paciente también tenía que pagar una tarifa por el servicio prestado y recoger un recibo.

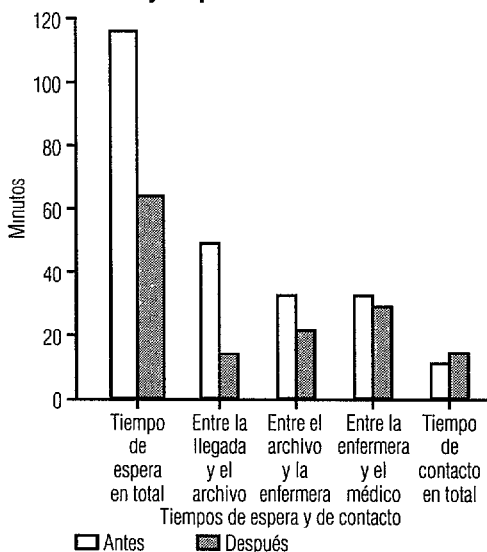
En promedio, el paciente tenía que esperar 50 minutos para que se encontrara su documentación clínica. Fue relativamente fácil identificar la causa de este largo tiempo de espera. Cada ficha clínica se identificaba por un código numérico que el paciente tenía que dar a la oficinista para que se pudiera encontrar su documentación. Sin embargo, la mayoría de los pacientes habían olvidado o perdido la tarjeta en la que el código estaba anotado. En estos casos el paciente le daba su nombre a la oficinista para que localizara el código buscando su nombre en un archivo alfabético de tarjetas individuales.

Lamentablemente, el archivo de tarjetas estaba incompleto y totalmente desordenado y era casi imposible localizar cual-

**FIGURA 2. Flujo de pacientes en el centro de salud de La Troncal, mostrando el promedio de los tiempos de espera antes de las intervenciones**



**FIGURA 3. Promedios de los tiempos de espera y tiempos de contacto con los profesionales de la salud antes y después de las intervenciones**



quier nombre en particular. La oficinista del archivo explicó que había tratado de ordenar alfabéticamente el tarjetero, pero como había tantas tarjetas le resultaba muy difícil encontrar el tiempo para completar esta tarea. Por lo tanto, había tomado la decisión de abrir una nueva ficha clínica cada vez que no podía encontrar un nombre en el tarjetero índice. Como resultado de ello, la mayoría de los pacientes recibían una ficha clínica diferente cada vez que iban al centro de salud. Este proceder no solo prolongaba los tiempos de espera (ya que abrir una nueva ficha clínica obligaba a recoger de nuevo la información básica del paciente, lo cual consumía mucho tiempo), sino que podía haber afectado a la calidad de la atención prestada por el médico, que no tenía acceso a todos los antecedentes médicos del paciente.

Después de conseguir su ficha clínica, el paciente iba a la oficina del dentista o al

despacho de la enfermera para que esta lo preparara para el examen. El tiempo de espera promedio mientras la enfermera hacía la preparación (que consistía en tomar el pulso, la temperatura y la tensión arterial y en transcribir la historia clínica) fue de 33 minutos.

Llegada la etapa en que el paciente ya estaba listo para ver al médico, tenía que volver a esperar un promedio de 33 minutos. Sin embargo, el número de pacientes asignado a cada uno de los cuatro médicos era diferente. Por lo general, el paciente elegía al médico de su preferencia (los cuatro eran médicos de atención primaria de sexo masculino), con el resultado de que un médico solía tener más pacientes que los demás y, por lo tanto, mayores tiempos de espera, mientras que los otros dos tenían menos pacientes y el cuarto solamente un número muy pequeño.

Las horas de atención fueron otro factor que prolongaba los tiempos de espera. Todo el personal del centro llegaba al trabajo a las 8.00 horas. Sin embargo, los pacientes no estaban listos para ser examinados por el médico hasta cerca de las 9.15, después de haber recogido su ficha clínica y de haber dejado que la enfermera tomara sus signos vitales. Mientras tanto los médicos, que no tenían nada que hacer, dedicaban ese tiempo a leer el periódico. Algunos comentaron que no veían la necesidad de llegar al trabajo a las 8.00.

Los tiempos de espera también se prolongaban debido al gran número de personas que iban a solicitar certificados de salud durante las horas de más actividad. Las escuelas locales pedían estos certificados para matricular a los estudiantes; también los pedían la mayor parte de los empleadores del área a las personas que solicitaban trabajo (principalmente como cortadores de caña de azúcar).

En general, el tiempo de espera total de cada paciente tuvo un promedio de 116 minutos, mientras que el tiempo total de contacto productivo con el personal de salud fue de alrededor de 11 minutos por paciente.

## Diseño de intervenciones

Se celebraron nuevas reuniones de trabajo para diseñar intervenciones destinadas a eliminar los principales cuellos de botella identificados en las reuniones anteriores. Estas intervenciones fueron discutidas y concretadas en detalle por el personal en una última reunión general. Las principales intervenciones que se decidió poner en práctica fueron las siguientes:

- a) La oficinista del archivo ordenaría de inmediato el tarjetero índice por orden alfabético. Para acelerar esta tarea, las enfermeras la ayudarían por turnos en horas de la tarde. La oficinista explicaría a los pacientes la importancia de recordar su código.
- b) La oficinista y las enfermeras comenzarían a trabajar una hora más temprano (a las 7.00 horas) de modo que los pacientes estuvieran listos para ver al médico cuando este llegara a las 8.00. A su vez, la oficinista y las enfermeras se irían del trabajo una hora más temprano por las tardes, cuando normalmente no había más pacientes. Como estos se congregaban fuera del centro de salud a esperar su apertura desde las 6.00 horas, el cambio de horario reduciría su tiempo de espera y permitiría aprovechar mejor el tiempo del médico.
- c) En lugar de elegir el médico de su preferencia, los pacientes serían asignados aleatoriamente a uno de los cuatro médicos del centro. Esto evitaría que uno de los médicos viera a muchos más pacientes que los otros. Se comentó que algunos pacientes se encontrarían insatisfechos con el nuevo sistema. No obstante, este cambio ofrecía al menos dos ventajas: 1) los tiempos de espera se verían reducidos, y 2) los médicos se sentirían obligados a tener más cuidado con la calidad de su trabajo y con el rigor de su documentación clínica. Debido a que un paciente determinado podía ser exa-

minado por médicos diferentes en visitas sucesivas, la calidad del trabajo de cada médico en visitas anteriores sería juzgada indirectamente a través de una forma espontánea de "revisión entre pares".

- d) Se informaría a los usuarios del centro que los certificados médicos se darían únicamente por las tardes, cuando eran relativamente pocos los pacientes. Se averiguó, por otra parte, que la legislación del Ecuador autoriza a la escuela a exigir certificados de salud únicamente cuando un estudiante ingresa al primer grado o a la escuela secundaria. De manera que el centro de salud mandó un comunicado escrito a las escuelas locales, sugiriendo a sus directores que solicitaran los certificados en estos casos solamente.

## RESULTADOS

A los tres meses de iniciada la primera de estas intervenciones, se midieron de nuevo los tiempos de espera con la misma metodología y los mismos instrumentos de recolección de datos que se habían utilizado en la primera fase. Los tiempos de espera promedio que se obtuvieron en esta segunda fase están indicados en la figura 3.

En general, el tiempo de espera promedio por paciente se redujo de 116 minutos a 66, lo cual representa una reducción de 43%, mientras que el tiempo de contacto del paciente promedio con los miembros del personal del centro aumentó de 11 minutos a 16, o el equivalente de 45%. Resulta claro que este tiempo adicional de contacto con los pacientes daba oportunidad a mejorar la calidad del diagnóstico, tratamiento y asesoramiento en salud. Aunque pareciera muy incómodo que los pacientes tuvieran que esperar un promedio de más de una hora, esta nueva espera, comparada con la espera inicial de casi 2 horas, claramente representaba una importante mejora.

La mayor reducción del tiempo de espera (de 50 minutos a 14) se produjo entre la llegada del paciente y la recogida de la ficha clínica. La espera promedio entre la visita al archivo y al despacho de la enfermera también se redujo considerablemente, de 33 minutos a 23; en cambio, el tiempo de espera entre el despacho de la enfermera y la oficina del médico solo se redujo ligeramente, de 33 a 29 minutos.

También se consiguieron varias mejoras cualitativas, de las cuales la más importante fue quizá la manifestación de un mayor espíritu de trabajo colectivo entre el personal del centro. Según muchos de los miembros del equipo, era la primera vez en muchos años que médicos, enfermeras, oficinistas y otros trabajadores de salud se sentaban juntos a discutir abiertamente los problemas del centro y distintas maneras de mejorar su trabajo. Asimismo, la experiencia de aplicar medidas para solucionar el problema de los tiempos de espera contribuyó a crear orgullo en el personal y a fomentar una actitud más positiva hacia su labor.

## CONCLUSIONES

La existencia de tiempos de espera muy largos es un problema común en la mayor parte de los hospitales y centros de salud urbanos del Ecuador. Es quizá una de las principales causas por las cuales el paciente queda insatisfecho con la calidad de los servicios de salud y puede también dar lugar a un contacto demasiado corto entre médico y paciente, lo cual puede a su vez desmejorar la calidad técnica de la atención.

Los métodos y técnicas utilizados en el caso que hemos descrito disminuyeron de manera efectiva el tiempo de espera promedio de cada paciente y aumentaron simultáneamente el tiempo que el paciente entra en contacto con los proveedores de servicios. Las reducciones más importantes del tiempo de espera se consiguieron principalmente acelerando el paso del paciente

por el archivo y el despacho de la enfermera. En cambio, las mejoras conseguidas reduciendo los tiempos de espera en la antecámara del médico fueron relativamente escasas. Esto engendra dudas sobre la utilidad de impedir que los pacientes elijan al médico, ya que la ventaja de acortar un poco el tiempo de espera en esta etapa de la visita podría no justificar las posibles desventajas que plantea la pérdida de continuidad en la atención.

Los métodos utilizados fueron aplicados fácilmente por el personal de salud a un costo muy bajo. Además, la experiencia de aplicar estos métodos enfocó la atención en la importancia del trabajo en equipo, aumentó esta forma de trabajo entre el perso-

nal del centro de salud y mejoró la actitud general de los miembros del personal hacia su labor.

## REFERENCIAS

1. Brown LD, Franco LM, Rafeh N, Hatzell T. *Quality assurance of health care in developing countries*. Bethesda, Maryland: Center for Human Services; 1992.
2. Fenney LP, Smith T, Dwyer J. Client flow analysis: a practical management technique for outpatient clinical settings. *Int J Qual Health Care* 1994;6: 179-186.
3. Franco LM, Newman J, Murphy G, Mariani E. *Achieving quality through problem solving and process improvement*. Bethesda, Maryland: Center for Human Services; 1994.

Manuscrito recibido el 16 de mayo de 1995. Fue aceptado condicionalmente y, una vez reelaborado por sus autores, aprobado para publicación en el *Bulletin of the Pan American Health Organization* y en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* el 3 de noviembre de 1995.

---

## ABSTRACT

### Reducing patient waiting times through quality assurance methods in La Troncal, Ecuador

Long patient waiting time is a common problem in hospitals and urban health centers in Ecuador and elsewhere. Besides being a leading cause of patient dissatisfaction with health service quality, it is often related to short doctor-patient contact times that in turn can seriously reduce the technical quality of care.

This article describes a quality improvement effort undertaken by the staff of the La Troncal Health Center in Ecuador, with the assistance of a quality assurance project of the University Research Corporation and the Ecuadorian Ministry of Health. Data on patient waiting times was collected and analyzed, and solutions were devised and implemented using quality assurance techniques. As a result, the average patient's total waiting time fell from 116 minutes per visit to 66, and his or her contact time with health center staff members increased from 11 minutes to 16. It appears that the methods and techniques applied have potential for use elsewhere, because they can be applied easily by health personnel, and their cost of implementation is relatively low.